**SOLICITUD DE SEGURO DE MOTOCICLETAS**

1. **Vigencia del seguro**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vigencia: |  | Término corto (con autorización) |  | Vigencia desde: |  |  |  |
|  | Anual |  | Vigencia hasta: |  |  |  |
|  | Término largo (leasing) |  |  |  |  |  |

1. **Datos del Asegurado**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RUT/CI: |  | Fecha Nac.: |  |
| Apellidos: |  | Teléfono: |  |
| Nombres: |  | Teléfono 2: |  |
| Dirección: |  |
| Localidad: |  | C.P.: |  |
| Ocupación: |  | Correo electrónico: |  |
| Dirección de envío: |  | Teléfono de envío: |  |
| Localidad de envío: |  | C.P. de envío: |  |
|  | Indique como desea recibir su póliza “x” | Digital vía correo electrónico |  | Impresa (costo del envío USD 2 más IVA) |  |
| **(\*)** Dirección Zona circulación: |  | C.P. zona de circulación: |  |
| Código de corredor: |  | Nombre corredor: |  |

**(\*) De acuerdo a la Cláusula 1 de las Condiciones Generales de Póliza.**

1. **Datos de representante (para Asegurados que sean personas jurídicas)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CI: |  | Apellidos: |  |
| Nombres: |  | Ocupación: |  |

1. **Forma de pago de la póliza**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Contado |  | Cuotas:  | Moneda: |  | Pesos |  | Dólares USA |
|  | Red de Cobranza (ABITAB, REDPAGOS). |
|  | Débito de tarjeta | Número de tarjeta: |  | Vto.(mm/aa) |  |
|  | Débito bancario | Banco: |  | Suc.: |  | N° cta.: |  |

1. **Datos del vehículo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Código marca: |  | Código modelo: |  |
| Marca: |  | Año: |  |
| Modelo: |  | Matrícula N°: |  |
| Chasis N°: |  | Motor N°: |  |

1. **Cesión de Derechos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RUT/CI: |  | Fecha Nac.: |  |
| Apellidos: |  | Teléfono: |  |
| Nombres: |  | Teléfono 2: |  |
| Dirección: |  |
| Localidad: |  | C.P.: |  |
| Ocupación: |  | Correo electrónico: |  |
| Dirección de envío: |  | Teléfono de envío: |  |
| Localidad de envío: |  | C.P. de envío: |  |

1. **Datos de representante (para Cesionarios que sean personas jurídicas)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CI: |  | Apellidos: |  |
| Nombres: |  | Ocupación: |  |

1. **Información adicional**

|  |  |
| --- | --- |
| Número de juegos de llaves del vehículo en poder del Asegurado: |  |
| Inspeccionar en: |  | Teléfono: |  |
| Observaciones: |  |

1. **Alternativa de Cobertura contratada**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Coberturas incluidas** | **MOTO SOA** | **MOTO SOA EXTRA** | **MOTO UNO** | **MOTO BASICA** | **MOTO MAS** | **MOTO PREMIUM** |
| Antigüedad de vehículo hasta | Sin límite | 20 años | 20 años | 15 años | 10 años | 10 años |
| Seguro Obligatorio de Automóviles (S.O.A.) | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Responsabilidad Civil Daños Materiales (UY 350.000) | NO | SI | SI | SI | SI | SI |
| Responsabilidad Civil Complementaria (Carta Verde) | NO | NO | SI | SI | SI | SI |
| Responsabilidad Civil Complementaria (USD 250.000) | NO | NO | SI | SI | SI | SI |
| Pérdida total por robo sin franquicia | NO | NO | NO | NO | SI  | SI |
| Pérdida total por incendio | NO | NO | NO | NO | SI  | SI |
| Pérdida total por accidente | NO | NO | NO | NO | SI  | SI |
| Robo parcial con franquicia (1) | NO | NO | NO | NO | NO | SI (1) |
| Pérdida parcial por incendio sin franquicia | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| Daños parciales por accidente con franquicia (1) | NO | NO | NO | NO | NO | SI (1) |
| Asistencia en viaje al vehículo las 24 hs (2) | NO | SI | NO | SI  | SI  | SI  |
| Muerte o invalidez total y permanente del Asegurado en caso de Accidente | NO | NO | NO | NO | NO | USD 1.000 |
| **Beneficios Adicionales** |   |   |   |   |   |   |
| Cobertura en el Mercosur y Chile (salvo Asistencia en viaje al vehículo) | NO | NO | SI | SI | SI | SI |
| Cobertura en el Mercosur y Chile (Asistencia en viaje al vehículo) | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| Reposición a 0 km en caso de robo/ hurto, incendio o accidente total (3) | NO | NO | NO | NO | NO | SI (3) |
| **MARCAR CON UNA “X” LO QUE CORRESPONDA** |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| (1) Con franquicia variable del 5% del valor de la unidad. |
| (2) Dos servicios al mes, diez servicios por vigencia anual. |
| (3) Durante el primer año desde la fecha de factura de compra del 0 km. |

**IMPORTANTE:**

* **En el caso de la cobertura de Asistencia al Vehículo, se establece un período de carencia de 48 horas hábiles para el inicio de la cobertura, contados a partir de la fecha de presentación de la solicitud.**
* **LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO CONSTITUYEN LAS BASES PARA LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y EL CALCULO DE LA PRIMA POR PARTE DEL ASEGURADOR. LAS DECLARACIONES FALSAS O RETICENCIAS CONOCIDAS POR EL ASEGURADO, AUNQUE INCLUSO HAYA INCURRIDO EN ELLAS DE BUENA FE, DETERMINAN LA PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN BRINDADA POR LA PÓLIZA.**

**Protección de Datos Personales**

Se informa que los datos personales facilitados en el presente formulario (los Datos) serán incorporados en una base de datos cuyo responsable es MAPFRE URUGUAY SEGUROS S.A., con domicilio en Juncal 1385, piso 1, Montevideo. Los destinatarios de los Datos serán MAPFRE URUGUAY SEGUROS S.A. o sus empresas vinculadas y asociadas, y los mismos serán tratados en forma confidencial, para cumplir con la finalidad contractual y para poner en su conocimiento la existencia de nuevos productos y promociones, en un todo de acuerdo con la normativa de la República Oriental del Uruguay en materia de Protección de Datos Personales. Podrán ejercerse los derechos de acceso a la base de datos y solicitar la rectificación, actualización, inclusión o supresión de los Datos en los términos de la Ley 18.331, personalmente o mediante una comunicación escrita a Juncal 1385, piso 1, Montevideo - CP 11000.-

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del Productor: | Firma del Asegurado/Representante: |
| Aclaración de Firma: |
| C.I.: |